



KANSAS

Division of Workers Compensation
Department of Human Resources

800 S.W. Jackson Street, Suite 600 – Topeka, Kansas 66612-1227
Phone: (785) 296-3441 – Fax: (785) 296-0839
Web site: www.hr.state.ks.us/wc/html/wc.htm
E-Mail: workerscomp@hr.state.ks.us

División de Compensación para Trabajadores
DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS DE KANSAS

Request for Workers Compensation Records
Solicitud de los Informes de Compensación de Trabajadores

FOR PARTY REQUESTING INFORMATION
PARA LA ENTIDAD SOLICITANDO INFORMACION

Name (Nombre): _____

Company or Entity (Compañía o Entidad): _____

Address (Dirección): _____

Phone Number (Número de Teléfono): _____ Fax: _____

Name of Worker (Nombre del Trabajador): _____

Social Security Number of Worker (Número del Seguro Social del Trabajador): _____

Records Sought (Informes solicitados):

- () Accident Reports (Reportes de accidentes) () Medical records (Informes médicos)
() Form 88's (Formas 88)

In order to acquire accident reports, medical records or Form 88's, the requester must be in Category I or II below.
Para obtener reportes de accidentes, informes médicos o formas 88, el solicitante debe estar dentro de la categoría I o de la II.

Please specify which categories pertain to you and provide the accompanying information:
Favor de especificar a cual categoría pertenece usted y proveer la siguiente información:

- I). Are you: () The employer of a worker seeking workers compensation benefits.
Es usted: El patrón de un trabajador buscando beneficios de compensación.
- () An insurance carrier with coverage of a worker seeking workers compensation benefits.
Una compañía asegurando al trabajador buscando beneficios de compensación para trabajadores
- () An insurance carrier's attorney/representative for the employer.
Un abogado o representante de la compañía asegurando al patrón

Date of accident (Fecha del accidente): _____, 20 _____

II) Are you: An employer, which has made a conditional offer of employment to the individual whose records are sought
Es usted:

Un patrón que ha extendido una oferta condicional de empleo al individuo cuyos informes han sido solicitados

An insurance carrier of an employer that has made an employment offer to the individual whose records are sought

Una compañía asegurando al patrón quien ha extendido una oferta de empleo al individuo cuyos informes han sido solicitados

An insurance carrier's attorney/representative for the employer

Un abogado o representante de la compañía asegurando al patrón

Type of job conditionally offered the individual (Clase de empleo ofrecido condicionalmente). _____

The following release must be signed by the worker to whom the offer of employment was made:

El trabajador a quien se le hizo la oferta de empleo debe firmar la siguiente autorización:

I hereby verify that I have been offered employment by the individual or entity requesting my records from the Division of Workers Compensation of the State of Kansas and give the Division permission to release the records specified to the individual or entity making the request.

Verifico que el individuo o corporación que solicita mis informes a la División de Compensación de Trabajadores del Estado de Kansas me ha ofrecido empleo y autorizo que se le proporcione tales informes.

Signature of Worker (Firma del Trabajador):_____

I certify that all information provided by me is true and correct to the best of my knowledge. I understand that providing false or misleading information may be a fraudulent or abusive practice under the Workers Compensation Act and may subject me to prosecution.

Hago constar que dentro de mi conocimiento la información contenida en esta solicitud es cierta y correcta. Comprendo que el dar información falsa o mentir es una acción fraudulenta y abusiva bajo el Acto de Compensación de Trabajadores y que está sujeto al enjuiciamiento en caso dado.

Signature of Requester (Firma del solicitante):_____ Date (Fecha):_____, 20____

Federal Privacy Act Disclosure Section 7(a)(2)(B)

The mandatory requirement that social security number be included in forms filed with the Division of Workers Compensation is permitted by Section 7(a)(2)(B) of the Federal Privacy Act of 1974, since our regulations, which require its disclosure, were in existence before January 1, 1975. The number is used as a means of identifying all the various records in the Division of Workers Compensation pertaining to an individual.

The use of social security numbers is made necessary because of the large number of applicants who have similar names and birth dates, and whose identities can only be distinguished by the social security number.

Ley Federal de Publicación de Asuntos Privados Sección 7(a)(2)(B)

El requisito mandatorio que el numero de seguro social se incluya en los formularios archivados en la División de Compensación de Trabajadores se permite según la Sección 7(a)(2)(B) del Acto Federal de Privacidad de 1974. Los reglamentos requiriendo su revelación existían antes del 1 de enero de 1975. El numero se utiliza como medio de identificación de todos los documentos pertinentes a un individuo.

El uso del número de seguro social se hace necesario debido al número de solicitantes con nombres y fechas de nacimiento parecidos y cuyas identidades se pueden distinguir solamente por medio del número de seguro social.